Fragebogen

---	---	---	---
Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnort

1. Arbeitsanamnese:

Geben Sie bitte alle von Ihnen früher ausgeübten Berufe und berufliche Tätigkeiten an, in denen Sie länger als 6 Monate beschäftigt waren. Bezeichnen Sie Ihren Beruf (Tätigkeit) möglichst genau, z.B. nicht "Arbeiter", sondern "Chemiearbeiter im Bereich der Farbenherstellung", "Maler im Schiffsbau", "Bauarbeiter im Bereich der Teermaschine", "Textilarbeiter im Bereich Druckerei/Färberei" usw. Geben Sie Anhaltspunkte für die hauptsächlich durchgeführten Tätigkeiten.

Seit (Jahr)	Bis (Jahr)	Beruf (Tätigkeit)

2. Hatten Sie Umgang mit <u>Chemikalien</u> ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn <u>ja</u>, können Sie einige benennen bzw. wobei wurden sie verwendet ?
(Verwendet von ..... bis .....)

---

bestand der Umgang

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

3. Hatten Sie Umgang mit <u>Farben/Farbstoffen ?</u>

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn <u>ja</u>, können Sie einige benennen bzw. wobei wurden sie verwendet ?
(Verwendet von ..... bis .....)

---

bestand der Umgang

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

4. Ist Ihnen im Besonderen ein Umgang mit <u>aromatischen Aminen</u> bekannt ?
(z.B. Benzidin, Fuchsin, Magenta, Auramin etc.)
(Verwendet von ..... bis .....)

5. Hatten Sie beruflich Umgang

mit Teer oder Teerprodukten ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja: bestand der Umgang

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

mit Pech

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja: bestand der Umgang

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

mit Bitumen

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja: bestand der Umgang

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

mit Verbrennungsprodukten (z.B. Rauchgase, Ruß usw.) außerhalb von Kokereien und Hochöfen ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja: bestand der Umgang

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

6. Hatten Sie am Arbeitsplatz Umgang mit Lösemitteln?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja,

1. bestand der Umgang mit Lösemitteln

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

2. Dauer des Umgangs mit Lösemitteln

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

3. Können Sie einige verwendete Lösemittel benennen?

---

4. Können Sie angeben, bei welchen Arbeiten welche Lösemittel verwendet wurden?

---

7. Hatten Sie am Arbeitsplatz Umgang mit Trichlorethylen (Tri, Trichlorethen)? (z.B. Entfetten/Fetten von Metallen)

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja,

1. bestand der Umgang mit "Tri"

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

2. Dauer des Umgangs mit "Tri"

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

3. Bestanden Rauschsymptome beim Umgang mit "Tri"?
   (z.B.: Trunkenheitsgefühl, Benommenheit usw.)

   nie: ☐
   ca. 1-mal pro Tag ☐
   ca. 1-mal pro Woche ☐
   ca. 1-mal pro Monat ☐
   Eigene Angaben: _____-mal pro_____

8. Hatten Sie am Arbeitsplatz Umgang mit <u>Perchloroethylen (Per, Tetrachlorethen)?</u>
(z.B. Entfetten/Fetten von Metallen, Chemisch-Reinigung)

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn <u>ja</u>,

1. bestand der Umgang mit "Per"

   ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

2. Dauer des Umgangs mit "Per"

   von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

3. Bestanden Rauschsymptome beim Umgang mit "Per"?
   (z.B.: Trunkenheitsgefühl, Benommenheit usw.)

   nie: ☐
   ca. 1-mal pro Tag ☐
   ca. 1-mal pro Woche ☐
   ca. 1-mal pro Monat ☐
   Eigene Angaben: _____-mal pro_____

9. Hatten Sie am Arbeitsplatz Umgang mit <u>nicht-chlorieren Lösemitteln (z.B. Benzen, Styren, Klebern, Verdünnern, lösemittelhaltigen Farben)?</u>

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn <u>ja</u>,

1. bestand der Umgang mit "nicht-chlorierten Lösemitteln"

   ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

2. Dauer des Umgangs mit "nicht-chlorierten Lösemitteln"

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

3. Bestanden Rauschsymptome beim Umgang mit "nicht-chlorierten Lösemitteln"? (z.B.: Trunkenheitsgefühl, Benommenheit usw.)

nie: ☐
ca. 1-mal pro Tag ☐
ca. 1-mal pro Woche ☐
ca. 1-mal pro Monat ☐
Eigene Angaben: _____-mal pro_____

10. Waren Sie in einer <u>Kokerei</u> beschäftigt ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn <u>ja</u>

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

11. Waren Sie im Bereich eines Hochofens tätig ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

12. Waren Sie im Steinkohlenbergbau beschäftigt ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

davon Untertage

als .....

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

als .....

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

13. Waren Sie als Maler/Lackierer beschäftigt ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

14. Waren Sie in der <u>Gummiindustrie</u> tätig?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn <u>ja</u>,

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

Wenn <u>ja</u>,

im Bereich der Produktion

Ja: ☐ Nein: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

Mischen der Rohstoffe

Ja: ☐ Nein: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

Tätigkeit im Bereich, in dem Gummi erhitzt wurde

Ja: ☐ Nein: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

Tätigkeiten, bei denen Gummi mechanisch bearbeitet wurde

Ja: ☐ Nein: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

Tätigkeit im Bereich der Gummivulkanisation

Ja: ☐ Nein: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

Tätigkeit in Räumen, in denen Gummiprodukte gelagert wurden

Ja: ☐ Nein: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

Besondere Angaben des Patienten hinsichtlich seiner Tätigkeit im Bereich der Gummiindustrie

---

---**14A. HattenSie beruflich Umgang mit Asbest?**

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja,

bestand der Umgang mit Asbest

ständig: ☐ oft: ☐ selten: ☐

von (Jahr) ..... bis (Jahr) .....

15. Nehmen Sie Schmerzmittel (z.B. Aspirin, Thomapyrin, Spalt usw.) ein ? Haben Sie früher Schmerzmittel eingenommen?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja, welche ?

---

weniger als 10 Tabletten/Jahr	☐	von (Jahr) .... bis (Jahr) ....
bis zu 50 Tabletten/Jahr	☐	von (Jahr) .... bis (Jahr) ....
bis zu 100 Tabletten/Jahr	☐	von (Jahr) .... bis (Jahr) ....
bis zu 350 Tabletten/Jahr	☐	von (Jahr) .... bis (Jahr) ....
über 350 Tabletten/Jahr	☐	von (Jahr) .... bis (Jahr) ....

16. Rauchgewohnheiten

Sind Sie Raucher ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Waren Sie jemals Raucher ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja, wieviel ?

Zigaretten pro Tag ☐ von (Jahr) .... bis (Jahr) ....
Zigarren pro Tag ☐ von (Jahr) .... bis (Jahr) ....
Pfeifen pro Tag ☐ von (Jahr) .... bis (Jahr) ....

17. Haben Sie früher an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja, welche ?

---

18. Sind Ihnen Erkrankungen der Harnblase in Ihrer eigenen Familie bekannt ?

Ja: ☐ Nein: ☐

Wenn ja, welche ?

Geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an (z.B. Großeltern, Eltern, Geschwister)

---

19. Bitte geben Sie Ihre <u>Hobbys</u> an
(z.B. Gartenarbeiten, Basteln, Malen, Angeln usw.)

<u>Einverständniserklärung:</u>

Mit der wissenschaftlichen Auswertung meiner Angaben einschließlich der ärztlichen Unterlagen sowie einer Blutprobe im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsvorhabens von Urologen und des Instituts für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund bin ich einverstanden.

Datum: Unterschrift:

--- ---